Ein Beitrag zur Kenntnis der expansiv pulsierenden Tumoren in der Oberbauchhöhle.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Ernst Hoffert,
Cosel O/S.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Bittorf.

Im September 1920 wurde in der Medizinischen Universitäts-Klinik zu Breslau ein Fall von expansiv pulsierendem Tumor in der linken oberen Bauchseite beobachtet, der große diagnostische Schwierigkeiten bot, während man doch hätte annehmen müssen, daß gerade die expansive Pulsation, die hier besonders stark war, die Diagnose erleichtert hätte. Pulsationen in der Oberbauchhöhe kommen vor:

1. Bei mageren Individuen zwischen Schwertfortsatz und Nabel,
2. im oberen Epigastrium als pulsierender Scheintumor infolge Vergrößerung der rechten Herzkammer durch Mitralfehler,
3. bei Aortismus,
4. bei Aortitis,
5. bei den Aneurysmen der Baucharterien,
6. bei Milz- und Leberschwellungen infolge Stauung.

Man unterscheidet fortgeleitete und expansive Pulsation. Man spricht von fortgeleiteter Pulsation, wenn dem pulsierenden Tumor oder Organ die Pulsation vom Herzen oder einer benachbarten Arterie mitgeteilt wird. Sie ist synchrom mit dem Puls des mitteilenden Organs und erfolgt einseitig in der Stoßrichtung des mitgeteilten Impulses.

Die expansive Pulsation ist nicht die Folge eines Stoßes gegen einen Punkt der Oberfläche eines Organs oder Tumors, wie die fortgeleitete Pulsation, sondern sie entsteht durch das Eindringen des Blutstromes in die Tumor- oder Organmasse. Sie ist nicht synchrom mit Herz- bezw. Arterienpuls und erfolgt nach allen Richtungen. Legt man die Hand auf einen derart pulsierenden Tumor, so hat man das Gefühl, als ob er sich wie ein Gummiball allseitig stoßweise ausdehne.

Es handelt sich in unserem Falle um den 41 Jahre alten Kutscher P. S., der am 21. September 1920 die Universitäts-Poliklinik zu Breslau aufsuchte und später in die Klinik auf-

genommen wurde. Die Familienanamnese: o. B. Von seinen übrigen Angaben war von Wichtigkeit, daß er seit ca. 1 Jahre an typischen Nüchternheitsschmerzen litt, daß ihm seit Juli 1920 eine eigentümliche Blässe des Gesichtes aufgefallen sei, daß er seit August 1920 wieder rheumatische Schmerzen hatte, die er durch Massage und elektrische Bäder beseitigen wollte und daß eines Nachts ein blitzartiger, stechender Schmerz im linken Epigastrium auftrat. Seit dieser Nacht bemerkte er einen kindskopfgroßen Tumor im linken Epigastrium, weswegen er die Klinik aufsuchte. Der Befund ergab eine hochgradige Anaemie der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Unter dem linken Rippenbogen, der sich vorwölbt, sieht man starke Pulsation. Man fühlt eine starke, etwa kindskopfgroße Resistenz, die stark druckempfindlich ist und allseitig pulsiert. Perkutorisch ist an dieser Stelle gedämpfter Klopfschall mit tympanitischem Beiklang nachweisbar. Milz und Leber nicht vergrößert. Die übrigen Organe zeigen keinen besonderen Befund. — Am 22. IX. Blutstatus: Haemoglobin 30%, Erythrozyten 2660000, Färbeindex 30/52 = 0,6, also kleiner als 1. — Am 23. IX. Brustdurchleuchtung. Röntgenbefund: Lungen und Herz o. B. Linke Zwerchfellkuppe ein Querfinger höher als rechte, rollt gut ab. Milz normal; medial von der Milz ein dunkler Schatten, der scheinbar nicht pulsiert. Bei der Magenausheberung werden 100 ccm schwarzen Blutes entleert; nach der Ausheberung ist der Tumor kleiner geworden, die Pulsation ist nicht mehr so ausgesprochen. Das Elektrokardiogramm ergab das Zusammenfallen des Herzspitzenstoßes mit der Pulsation des Tumors. Am 26. IX. Röntgenbefund: Der Magen entfaltet sich langsam und zeigt geringe Peristaltik, der Wismutbrei geht durch den offenen Pylorus in den Darm über; die kleine Kurvatur zeigt eine eigenartige Einbuchtung, um die sich der Brei wie um einen Tumor schlängelt. Bei allen folgenden Ausheberungen wurde wieder Blut entleert, ebenso zeigte der Stuhl Blutspuren. Patient wurde schließlich nach der Chirurgischen Universitäts-Klinik verlegt, wo er am 6. X. vor der Operation starb.

Der stark expansiv pulsierende Tumor ließ infolge seiner Lage zuerst an einen Milztumor denken, zumal da durch die Schmerzhaftigkeit eine genaue Palpation unmöglich war. Gegen die Diagnose sprach das plötzliche Auftreten der Geschwulst. Für die Diagnose Bauchaortenaneurysma sprachen der Sitz des Tumors und die expansive Pulsation, dagegen der Blutbefund im Magendarmkanal, der auf eine Perforation hinwies, welche beim Aneurysma sofort tödlich gewesen wäre und das Röntgenbild vom 23. IX. Die Anamnese, die Röntgenbefunde und die Magenausheberung ließen immer mehr und mehr an ein Magenulkus denken, das perforiert war und ein Gefäß arrondiert hatte. Ein

vorausgegangener perigastritischer Prozeß schien den ausgetretenen Mageninhalt abgekapselt zu haben. Woher kam nun die expansive Pulsation? Darüber gab die Autopsie allein Auskunft.

Die Sektion der Bauchhöhle ergab: Links unter dem Rippenbogen einen Abszeß mit grünem, eingedicktem Eiter; von dieser Stelle her wird eine Zerfallshöhle mit reichlich bröckeligen Zerfalldetritus freigelegt. Bis unter dem linken Leberlappen und unter die große Kurvatur findet man große, aus dem Verband gelöste Gewebsstücke. Der Magen ist mit der Gegend der kleinen Kurvatur fest an die Unterfläche der Leber fixiert; die Lymphdrüsen der Umgebung des Pylorus und der kleinen Kurvatur und ebenso an mehreren Stellen des Mesenteriums sind weich, fast fluktuierend und zeigen auf der Schnittfläche bröckeligen, weißen Inhalt. Die Eröffnung des Magens ergibt ein vom Pylorus zur Cardia reichendes Geschwür mit zerfallenen Rändern, das in der Nähe der Cardia perforiert ist. In der Nähe des Pylorus ein 1 mm großes, thrombosiertes Gefäß. Die Perforationsöffnung, die zu einem Abszeß hinter dem Magen führt, hat einen Durchmesser von 2 : 5 cm. Der Abszeß wird nach oben vom linken Leberlappen, nach hinten vom Pankreas und von schwielig adhärentem Gewebe begrenzt; Ausläufer laufen bis nach der vorderen Magenwand. Er ist mit stinkendem Eiter und mit aus dem linken Leberlappen herrührenden Gewebssequestern gefüllt.

Die Autopsie bestätigte also, daß es sich um einen perforierenden Prozeß der Magenwand gehandelt hatte, wobei sich durch eine vorangegangene Perigastritis ein abgekapselter Abszeß gebildet hatte; und zwar handelte es sich nicht, wie man angenommen hatte, um ein Ulkus, sondern um ein Karzinom. Die expansive Pulsation kam dadurch zustande, daß der Abszeß wie in einer Gabel zwischen der Aorta und der Herzgegend lag. War der Magen gefüllt, so drückte er den Abszeß gegen das Pankreas und damit gegen die Aorta und nach oben in den linken Leberlappen und gegen die Herzregion. Der Magen selbst dehnte sich, seinerseits durch den Abszeß beengt, nach oben in die Herzgegend aus, und so kam es, daß Aorten- und Herzpulsation gleichzeitig auf den Abszeß bezw. Magen einwirkten, und so eine expansive Pulsation hervorriefen. Diese wurde weniger deutlich sichtbar, wenn der Magen leer war.

Dieser Fall, der zweifellos sehr selten ist, zeigt, daß für die Differentialdiagnose bei einem expansiv pulsierenden Tumor auch ein abgekapselter Abszeß oder abgekapselte exsudative und transsudative Prozesse in Betracht gezogen werden müssen, die infolge ihrer Lage zwischen 2 Arterien oder Herz und einer Arterie trotz fortgeleiteter Pulsation expansiv pulsieren können.